

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

N°

81

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

MARC ROSTAIN

Né le 17 Décembre 1906, Le Puy (Haute-Loire)

**Symptômes, Dépistage
et Traitement de la Phtisie sénile**

Président de Thèse : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

**Symptômes, Dépistage et Traitement
de la Phtisie sénile**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

MARC ROSTAIN

Né le 17 Décembre 1906, Le Puy (Haute-Loire)

Symptômes, Dépistage et Traitement de la Phtisie sénile

Président de Thèse : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	BOUVIÈRE
Physiologie.	LÉON BINET
Physique médicale.	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU
Anatomie pathologique.	ROUSSY
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU
Thérapeutique.	HARDIER
Hygiène et médecine préventive.	TANON
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNE-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FISSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE
Clinique chirurgicale.	CUNÉO
	GOSSET
	GRÉGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN
Clinique urologique.	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire.	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU.... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 PRÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHTER..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale.
 J. BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROcq	
AUBERTIN ..		CADENAT . . .	
BRULÉ		GATELLIER ..	
CHABROL . . .		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT ..		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ ..	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-			
VALLERY-			
RADOT			
SÉZARY			
		ECALLE	} Clinique obstétricale.
		GUÉNIOT . . .	
		LE LORIER ..	
		LÉVY-SOLAL .	
		METZGER . . .	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEY-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME,

A MES PARENTS,

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON,

*Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine.*

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNAL,

Chef de Clinique à l'Hôpital Laënnec,

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous en a fourni
les principaux éléments avec la
plus grande sollicitude.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre vive gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET,
MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*),
MONSIEUR LE DOCTEUR HALLÉ,
MONSIEUR LE DOCTEUR BROUARDEL,
MONSIEUR LE DOCTEUR SÉZARY,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN.

SYMPTOMES, DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DE LA PHTISIE SÉNILE

Longtemps la tuberculose pulmonaire parut jouer un rôle de très faible importance en pathologie sénile. Sa fréquence, sa gravité évolutive, ses conséquences sociales, étaient méconnues, et FONSSAGRIS, dans une boutade célèbre, assurait qu'après la cinquantaine, il est indifférent d'être ou de n'être pas tuberculeux.

Et pourtant, de nombreux travaux déjà auraient dû mettre en évidence cette forme clinique spéciale de la phtisie.

Les premières publications en date sont celles de BAYLE, de LAENNEC, de CAUSTATT, de PRUSS, de BEAU, de LEBERT et GEIST. LAENNEC, en 1826, relevait la présence de lésions tuberculeuses au cours de nombreuses autopsies chez des sujets âgés. BEAU en France, CAUSTATT en Allemagne, confirmaient ces constatations. Pourtant, selon BEAU, le dépérissement sénile était dû surtout à un catarrhe chronique, auquel il ne reconnaissait pas une nature tuberculeuse.

En 1829, QUESNE avait donné une observation très complète d'hémoptysie foudroyante mortelle chez

une femme de quatre-vingts ans. Puis vinrent les travaux de ROGÉ sur la curabilité de la phtisie, les cliniques d'ANDRAL, la thèse de GENDRIN en 1840 sur l'influence de l'âge dans les maladies, les observations de MILCENT, de BARTH.

En 1873, paraît une histoire d'ensemble de la tuberculose des vieillards dans le livre de DURAND-FARDEL et dans la thèse de MOURETON, élève de VULPIAN.

METTENHEIMER en Allemagne, MACLACHLAN en Angleterre, HÉRARD et CORNIL en France s'occupent également de la phtisie de l'âge avancé.

De 1874 datent les leçons cliniques de CHARCOT sur les maladies des vieillards, la thèse de BARD, le mémoire de BROUSSE sur l'évolution sénile en général, les travaux de DEMANGE, de HOVARO MARSH.

Citons encore les études de MARFAN, MICHEL, PARISOT, les leçons de BOY-TESSIER, les articles de POTANI.

En 1893, BARIÉ consacre un article à la tuberculose sénile. Signalons encore les travaux de LAUNOIS, BOURGEOIS, BOINET, ETIENNE, ROZIER, les thèses inaugurales de COCATRICE, JARDIN, ANTONIN, RUEFF, BALME, COMBES. LETULLE et HALBRON réalisent la première grande classification des tuberculoses séniles, distinguant les formes aiguës rapidement cachectisantes, les formes chroniques fibreuses, d'allure bronchitique.

La thèse de LE-COZ, en 1911, rappelle l'attention sur la fréquence de la phtisie sénile, montre que la proportion des processus tuberculeux actifs découverts à l'autopsie des vieillards atteint ou dépasse 30 % des cas de décès.

L'intérêt social de la question est mis en évidence par LABESSE dans sa thèse de 1921, d'une très riche documentation.

En 1932, BUCQUOY envisage les problèmes thérapeutiques dans un bel ouvrage inspiré par COURCOUX. Enfin, les conditions pathogéniques, les aspects cliniques spéciaux de la tuberculose d'après cinquantaine ont été l'objet de travaux récents de COURCOUX, BURNAND, SOYÉ.

L'intérêt de la question est donc multiple :

— Au point de vue clinique, la tuberculose sénile réalise des tableaux très spéciaux, très facilement méconnus ou confondus.

Au point de vue évolutif, elle est grave et ne doit pas être négligée, laissée à elle-même, comme le conseillent encore beaucoup de médecins.

— Au point de vue thérapeutique, elle a des indications très particulières.

— Au point de vue social, fréquente, latente, développée dans des milieux familiaux, contaminant à bas bruit les enfants, elle prend une importance redoutable.

Aussi nous a-t-il semblé intéressant de fixer, en une très simple mise au point, l'état actuel de ces différents chapitres et de réunir — en leur joignant quelques observations personnelles — les résultats des recherches récentes dont l'intérêt dépasse de beaucoup le cadre trop restreint des discussions de physiologiques où cette question a paru jusqu'ici se confiner.

ÉTIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE SÉNILE

1) FRÉQUENCE

Les nombreux travaux que nous avons sommairement cités dans le chapitre précédent montrent qu'elle est très grande. Toutefois, il est difficile de se faire une idée exacte de sa proportion.

Rappelons quelques documents déjà cités par LABESSE.

Le nombre de décès par tuberculose, sur 100 décès de toutes causes, après la soixantaine, est fixé par BARÉ à 2,79 pour 100, par LANDOUZY à 4,9. Or, le pourcentage de létalité de la phtisie atteint 50 à 60 % entre 20 et 39 ans, 33 % entre 40 et 59 ans. A première vue, on peut donc penser que la tuberculose sénile est rare. Mais il ne faut pas oublier que la mortalité générale s'élève de beaucoup après la soixantaine : de 7,02 pour 1000 avant 40 ans, à 66,53 pour 1000 après 60 ans, selon BARBIER.

MM. COURCOUX et LABESSE ont entrepris de corriger ces impressions inexactes par un artifice de statistique qui consiste à calculer la proportion des décès par phtisie pour chaque classe d'âge envisagée isolé-

ment. Ils observent ainsi dans la mortalité tuberculeuse, deux maximums de fréquence :

- l'un dans l'adolescence,
- l'autre au seuil de la vieillesse.

Il importe donc, comme l'écrit BURNAND, de réviser très sérieusement la notion courante qui attribue au terrain sénile une résistance accrue vis-à-vis du virus tuberculeux.

Citons quelques chiffres récents :

En Angleterre, de 15 à 24 ans, on relève 10,8 morts par tuberculose sur 10.000 individus, et 22,51 entre 45 et 64 ans. Après 65 ans, la proportion retombe à 11,9.

A Paris, sur 10.000 personnes, 40 décès de 30 à 39 ans, 53,6 de 40 à 60 ans.

Et si on pousse plus loin, si on fragmente davantage l'analyse des statistiques, on arrive à cette conclusion qui aurait paru paradoxale il y a quelques années :

— *entre cinquante et soixante ans existe, au point de vue de la tuberculose pulmonaire, un véritable « âge critique », comparable à l'époque de la puberté, quant à la fréquence des manifestations phthisiques.*

2) CAUSES

Avant de discuter les causes de la tuberculose sénile, un point mérite d'être mis en évidence : *l'ancienneté des lésions.*

La phthisie des vieillards est rarement une tuberculose récente, autonome, à début retardé.

Le plus souvent, elle est l'aboutissant de vieilles lésions, ayant évolué lentement, insidieusement, ou bien s'étant réveillées après une période plus ou moins longue de guérison apparente. Interrogés avec beaucoup de soins, ces malades finissent toujours par décrire un épisode révélateur de périodes d'activité lésionnelle souvent très ancien : une hémoptysie sans lendemain, une expectoration abondante d'hiver dont le rythme, la pauvreté en bacilles, la coïncidence d'un bon état général avaient fait rejeter le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Dans une statistique de W. JULLIEN et A. WIGNIOLLE portant sur 111 cas, dix-neuf fois seulement la première atteinte paraît remonter à une date récente, cinquante-trois fois elle est ancienne et trente-sept fois très ancienne. Et si on considère combien la mémoire des malades est le plus souvent imprécise, combien souvent, en présence d'épisodes thoraciques d'allure banale, les médecins n'ont pas envisagé le diagnostic de tuberculose ou se sont abstenus d'en prononcer le mot, on peut penser que la tuberculose sénile est presque toujours la suite d'une tuberculose de l'adulte.

Tantôt elle demeure torpide, non pas en raison de l'âge des malades, mais parce qu'elle l'a toujours été. LABESSE, dans sa thèse, a insisté sur ce point. « C'est précisément parce que ces sujets ont fait une forme de tuberculose torpide d'emblée qu'ils ont pu arriver à la sénilité. »

D'autres fois — et très souvent — elle est d'évolu-

tion grave et même mortelle, lorsqu'elle réalise des désordres trop étendus pour un âge où l'organisme n'a plus que des moyens de suppléance très limités.

Ce premier point étant acquis — l'origine ancienne des lésions — reste à se demander si la tuberculose sénile n'est que la continuation banale, la suite sans originalité de la tuberculose de l'adulte ou les circonstances de ses accidents, de son activité, de son évolution ont quelque chose de particulier qui la place vraiment dans un chapitre à part de la pathologie des vieillards.

Peut-on, passée la cinquantaine, retrouver les causes ordinaires des poussées évolutives de la tuberculose ?

A cet âge, les contaminations externes, qui n'ont guère d'importance que chez les sujets jeunes, ont peu de chance de jouer un rôle important.

La fatigue, le surmenage, les émotions semblaient jadis jouer un rôle modeste. Mais les conditions de la vie d'après guerre sont différentes.

De cinquante à soixante ans, c'est dans les professions libérales, dans les classes aisées, l'âge de la grande activité professionnelle, généralement refusée aux jeunes gens, l'âge des « jeunes » de la politique, de l'armée et de bien d'autres carrières.

Dans d'autres classes sociales, bien des vieilles gens, dépouillés par les fluctuations financières des dernières années, sont astreints à de dures privations, et de tous les facteurs qui favorisent la tuberculose la

restriction alimentaire apparaît bien comme le plus constant.

La soixantaine, c'est encore l'âge des grands soucis familiaux et des dernières émotions amoureuses, les plus profondes.

Aussi n'est-il pas une des grandes circonstances favorisantes de l'évolution tuberculeuse — surmenage, alimentation insuffisante, facteurs moraux, dont on ne saurait méconnaître la haute importance — qui ne soit fréquente à ces confins de la vieillesse, où se marque une recrudescence de la tuberculose pulmonaire : de cinquante à soixante-cinq ans.

Et si la tuberculose évolutive devient bien moins fréquente après soixante-cinq ans, n'est-ce pas parce que tous ces facteurs d'énergie disparaissent alors ? Quelle que soit sa condition sociale, l'homme doit restreindre son activité.

Dans les hospices de vieillards, les travaux d'ETIENNE, de COMBES, de GEIST, de MOURETON font ressortir le contraste entre la fréquence et l'importance des lésions constatées à l'autopsie et la rareté des accidents évolutifs.

Et pourtant la contagion nosocomiale pourrait être mise en cause si le rôle des facteurs externes n'était pas très réduit chez le vieillard.

Aussi peut-on facilement expliquer la recrudescence des évolutions tuberculeuses vers la cinquantaine et leur nombre moindre après soixante-cinq ans, par des facteurs comparables à ceux qui entrent en jeu chez l'adulte.

Certains auteurs pourtant, comme BURNAND, à la suite de SAYÉ, invoquent une explication spéciale : la notion de crise physiologique de la cinquantaine, anergisante dans les deux sexes, responsable de poussées cachectisantes, très comparables à celles que déclanchent la puberté, la menstruation, l'accouchement.

Dans la tuberculose des vieillards interviendrait une notion de « retour d'âge », d'involution sénile. Et, de fait, les poussées évolutives de la ménopause sont bien connues chez la femme. Chez l'homme, vers 45, 50 ans, semble se produire un état analogue, caractérisé non pas par des phénomènes évidents dans la sphère génitale, mais par un certain déclin et en particulier par l'apparition possible des maladies de la sénescence : diabète, artériosclérose, néoplasmes.

Est-il nécessaire de faire appel à cette hypothèse d'une anergie due à des transformations endocrinien-
nes latentes ?

Nous avons vu que d'autres facteurs suffisent à expliquer la tuberculose sénile. Il est possible que cette « involution » joue un rôle, mais on ne peut s'empêcher pourtant de noter ce fait curieux, relevé par LUMIÈRE, JULLIEN et WIGNOLLE : alors que la ménopause féminine est beaucoup plus évidente, importante, que ce qu'on peut appeler la ménopause masculine, la tuberculose est beaucoup plus fréquente dans le sexe masculin à la cinquantaine ; à l'âge de 25 ans, hommes et femmes payent le même tribut à la maladie.

Vers 45 ans, elle fait deux fois plus de victimes chez l'homme, et à Paris presque trois fois. (Statistiques du Comité de Défense contre la Tuberculose, et de BERTILLON pour la Ville de Paris.)

Comment s'expliquer cette fréquence élective de la tuberculose sénile chez l'homme ? LUMIÈRE attribue cet écart à l'alcoolisme. Le diabète, la syphilis, dont nous discuterons ailleurs le rôle, se rencontrent en effet à égalité dans les deux sexes. Peut-être cette inégalité s'explique-t-elle encore par un facteur social : les activités, les soucis, les inquiétudes de la cinquantaine sont beaucoup plus fréquents chez l'homme et — chez la femme — à ce moment, les fatigues des grossesses, des allaitements des enfants en bas âge se sont éloignées.

— Reste à soulever un dernière problème déjà évoqué plus haut : le rôle des contagions d'origine externe.

Notons, d'abord, que si le chiffre des primoinfections, le pourcentage des cutiréactions négatives est beaucoup plus important chez l'adulte qu'on ne l'a d'abord cru, chez le vieillard il est vraiment exceptionnel que l'organisme soit indemne de toute lésion antérieure, même minime, cicatricielle et de l'ordre de celles qui méritent l'expression modeste de « chancre d'inoculation ».

LE-Coz, dans sa thèse, expose les résultats des intradermoréactions chez 1.162 vieillards. Il compte 78,5 % de résultats positifs. Si les recherches de certains auteurs aboutissent à une proportion moins

forte, c'est sans doute parce que beaucoup ont préféré l'intra-dermo-réaction, dont on sait la moins grande sensibilité. Ainsi MANTOUX, avec cette dernière technique, ne relève-t-il que 64 % de réactions positives. ETIENNE, par l'ophtalmo-réaction, arrive à une proportion de 72 %.

Rappelons d'ailleurs les particularités de l'intra-dermo-réaction chez le vieillard, qui peuvent la faire inexactement interpréter :

— Elle est souvent peu intense, réduite à une petite nodosité incolore, appréciable seulement au palper, au lieu de l'infiltration successivement rosée, violacée et brune, cornée d'une halo érythémateux, plus fréquente chez l'adulte.

— Elle est souvent retardée. Au lieu d'apparaître 24, 48 heures après l'injection, rarement plus tard, il faut souvent la chercher 5, 8, 10 jours après. Et même, dans certains cas, comme le signale LE-COZ, des vieillards, revus par hasard après un intervalle de deux mois, ne présentaient qu'à ce moment une infiltration appréciable.

— Elle se développe lentement et régresse peu à peu : l'accusé de la réaction n'est guère atteint avant dix, quinze, vingt jours, et la disparition complète peut se faire attendre jusqu'à deux mois.

Les tuberculoses de primo-infection où une contamination massive joue souvent un rôle important seront donc rares après la cinquantaine.

En voici pourtant une observation très caractéris-

tique due au docteur BERNAL, chef de clinique à l'hôpital Laennec.

OBSERVATION

Au mois de novembre 1933, il nous est donné d'examiner M. S. N., âgé de 56 ans. Désirant se remarier, ayant déjà de lourdes charges de famille, il tient à être assuré de l'absence de toute lésion susceptible d'altérer une santé absolument parfaite ou de restreindre une activité demeurée très grande.

L'examen est complété par une radiographie des poumons qui les montre absolument clairs, exempts même de ces images hilaires dont on discute si souvent l'origine vasculaire, bronchique ou lymphatique — et ceci nous conduit à pratiquer, par curiosité, une cuti-réaction et, celle-ci étant restée négative, une intra-dermo-réaction, qui est négative aussi.

Nous le revoyons en juillet 1934, très fatigué.

Assez brusquement, il a commencé d'être fatigué, de maigrir (six kilos en deux mois). Il a trente-huit chaque matin et trente-neuf le soir.

Une toux fréquente amène une expectoration bacillifère. L'intra-dermo-réaction est intense, phlycténulaire.

Il semble donc bien, d'après ces antécédents connus par hasard et cette allure évolutive, qu'il s'agisse d'une primoinfection.

Et la radiographie montre autour du hile droit, précédemment parfaitement clair, un aspect typique de primoinfection.

L'examen de sa jeune femme nous explique l'origine de l'infection. Traitée depuis longtemps pour

bronchite chronique, sans aucun contrôle radiologique ou bactériologique, elle avait une caverne du sommet gauche et une expectoration bacillifère.

L'allure évolutive de cette tuberculose fut, d'ailleurs, jusqu'au bout celle d'une primo-infection grave.

Malgré un pneumothorax gauche excellent, sans adhérences, efficace pendant six mois, le malade succomba en décembre 1931 à une pié-mérite bacillaire.

On peut considérer cette observation comme un exemple, d'ailleurs très rare, de primo-infection sénile.



Ajoutons encore, à titre de curiosité, que certains auteurs ont attribué à la tuberculose sénile un bacille spécial.

« D'après ses analyses de statistique et de mortalité en Angleterre et au Pays de Galles, BROWNLEE conclut qu'il existe trois types de tuberculose pulmonaire. Le premier, qu'il appelle celui « des jeunes adultes », a une mortalité maxima entre 20 et 25 ans.

Le second, type de « l'âge mûr », est surtout fatal entre 45 ans et 55 ; le troisième type, celui des vieillards, produit un nombre maximum de décès entre 55 et 65 ans.

BROWNLEE conclut finalement que la tuberculose pulmonaire n'est pas une maladie unique, mais un groupe de maladies comme la typhoïde ou la dysenterie bacillaire. » (Lyle CUMMINS, in thèse de LABESSE.)

*
**

En résumé, l'étiologie de la tuberculose sénile ne nous apporte que peu de notions particulières :

— faible importance des contaminations externes, l'observation que nous relatons étant de l'ordre des curiosités. Dans l'entourage des tuberculeux pulmonaires, les sujets âgés sont certainement les moins exposés au développement de lésions.

— rôle des facteurs anergisants, tels qu'émotions, soucis, fatigues, alimentation insuffisante, comme chez l'adulte.

— le seul point intéressant serait la notion de crise physiologique évoquée par SOYÉ, BURNAND, comparable à la puberté, à la grossesse. Il est difficile d'en évaluer l'importance.

— Le terrain sénile ne constitue donc pas un terrain spécial pour la tuberculose. Et ce qui particularise la phtisie des vieillards, presque jamais récente, presque toujours de date ancienne, c'est d'être, selon une expression imagée de LABESSE, qui mérite de devenir classique, celle des « *survivants de la tuberculose* ».

FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Les lésions tuberculeuses du vieillard n'offrent rien de vraiment original. Quelques notions méritent pourtant d'être retenues.

La phtisie aiguë granulique, caractérisée par la diffusion de granulations miliaires, auxquelles on attribue ordinairement une origine hématogène, les formes pneumoniques, broncho-pneumoniques, les lobites, les cavernes isolées et, d'une manière plus générale, toutes les lésions qui ressortissent à des formes récentes, à des évolutions aiguës, à des localisations limitées, sont rares.

La diffusion, l'ancienneté des lésions, la sclérose, l'association d'emphysème et de bronchite chronique sont les caractères essentiels des phtisies séniles.

Fréquentes sont les vieilles lésions guéries, soit qu'on trouve simplement des tubercules de guérison, crétacés, fibro-crétacés, dans un poumon sain, soit que ces tubercules s'accompagnent d'altérations chroniques banales.

On rencontre fréquemment, à l'autopsie des vieillards, des concrétions crétacées, du volume d'un grain de mil à celui d'un pois, de siège apical, totalement

calcaires, par guérison totale, ou entourant un centre caseux. Même dans ces tubercules calcifiés, le bacille peut être souvent trouvé, par inoculation, contrairement aux assertions de DÉJERINE. Ainsi, dans un cas de LE-COZ, où il s'agissait d'un nodule calcaire chez une femme de 74 ans. Ces concrétions sont généralement entourées de fibrose, d'anthracose, d'une zone de broncho-pneumonie chronique.

Les lésions ordinaires de la tuberculose caséeuse sont fréquentes : cavernes, infiltrations diffuses ; mais elles sont presque constamment compliquées de lésions de fibrose.

Celle-ci est souvent tellement prédominante que le poumon est transformé en bloc noirâtre difficile à détacher des parois thoraciques auxquelles il adhère.

La sclérose du poumon est presque constante.

On note aussi des zones d'emphysème localisées au sommet, au bord antérieur, ou plus étendues — des lésions de dilatation bronchique, de faible calibre et d'extension modeste.

Enfin, l'examen complet peut déceler, plus souvent que la clinique ne le ferait prévoir, des localisations extrapulmonaires, mais presque toujours thoraciques, adénopathies cervicales, axillaires, médiastinales, altérations osseuses sternales, costales, claviculaires, vertébrales.

Les tuberculoses cutanées, génitales, articulaires, sont rares.

Il s'agit donc souvent de lésions anciennes, partiellement ou complètement cicatrisées, mais qui recèlent

toujours des bacilles dont l'inoculation montre la virulence parfaitement conservée.

Dans 30 à 40 % des cas, on trouve des lésions évolutives, mais tout particulièrement des lésions scléreuses.

FORMES CLINIQUES

On peut observer, après la cinquantaine, des formes cliniques de la tuberculose absolument analogues à celles de l'adulte, aussi bien que des pneumonies franches lobaires, aiguës, typiques, guéries en huit jours.

Pourtant, certains aspects sont plus particuliers à la tuberculose sénile :

- la poussée aiguë cachectisante ;
- les formes florides ;
- le type bronchite chronique banale ;
- les formes cardiaques ;
- la tuberculose latente, révélée par ses disséminations ;
- les tuberculoses des alcooliques, des diabétiques.

LES FORMES AIGUES

Contrairement à l'opinion de LEBERT, la tuberculose aiguë n'a rien d'exceptionnel chez des sujets de plus de soixante ans. Mais elle évolue généralement à très bas bruit, avec une séméiologie cachectisante

plutôt que thoracique, et assez souvent l'autopsie révèle des lésions récentes pneumoniques, broncho-pneumoniques ou granuliques non soupçonnées.

Ces formes aiguës ne se voient guère qu'en milieu hospitalier, le seul où la contagion est assez massive et répétée pour jouer un rôle chez le vieillard, chez des diabétiques, des alcooliques ou de grands surmenés.

*
**

1) *Granulie sénile*

Elle est souvent tout à fait latente. Un vieillard hospitalisé pour bronchite, brightisme ou une infirmité peu menaçante, menant la vie banale de l'hôpital et de l'asile, s'affaiblit brusquement, succombe en quelques heures. Une telle forme est surtout trouvée à l'autopsie de vieillards très avancés et forcément confondue avec la cachexie sénile.

D'autres fois, l'évolution est plus lente. Un homme d'une soixantaine d'années, sans antécédents remarquables, se plaint de fatigue, d'amorexie, maigrit. On pense souvent à un cancer. On s'étonne d'un cœur normal, d'une urée non modifiée chez ce malade souvent assez dyspnéique. Pas d'autres symptômes thoraciques. Après un lent dépérissement, la mort survient en quelques mois.

Enfin, le début peut être brusque, fébrile avec fièvre

à 39°, 40°, état saburral, la réaction nerveuse des grandes pyrexies et même un syndrome méningé — la mort survient en une quinzaine.

2) *Broncho-pneumonie tuberculeuse*

Le tableau est généralement celui d'une de ces pneumopathies bâtarde si courantes chez le vieillard : ni frisson, ni point de côté, mais dyspnée, fatigue, fièvre ; un souffle tubaire, des râles crépitants et sibilants ; une expectoration purulente riche en bacilles.

— Souvent l'autopsie montre une granulie terminale à côté des lésions broncho-pulmonaires prévues.

Enfin, signalons les cas où les lésions pulmonaires évoluent sous une pleurésie purulente d'emblée ou secondairement.

3) *La poussée cachectisante de la cinquantaine*

Cette forme très particulière fait l'objet d'un article récent de BURNAND. Transformation brusque d'une évolution ancienne, elle forme la transition entre les évolutions aiguës et les phthisies lentes. Il s'agit d'un homme de 50 à 55 ans, fatigué, surmené, anxieux, qui vient consulter pour une atteinte brutale de l'état général.

Très pâle, anémique, adynamique, il a perdu dix,

vingt kilos en peu de semaines, pris d'un mois à l'autre l'aspect d'un vieillard.

La toux tantôt sèche, nerveuse, tantôt grasse, ramenant de gros crachats bacillifères, la dyspnée, les douleurs thoraciques attirent l'attention sur le poumon.

Mais les signes physiques sont souvent très discrets, comme dans une simple sclérose :

Obscurité des bases, respiration soufflante au sommet, irrégularité du murmure vésiculaire d'une région à l'autre, sibilances.

Pourtant, le cliché va révéler de grosses lésions : semis de nodules, infiltrations considérables, aspects en damiers, caractéristiques, selon DUMAREST, de tuberculoses fibreuses anciennes.

BURNAND rappelle que dans certains cas le cliché dit toute l'histoire de la tuberculose par la juxtaposition des lésions anciennes (rétraction costale, déviation de la trachée, attraction du médiastin) et des images géodiques nodulaires ou lobaires des processus récents.

De fait, un interrogatoire précis révèle une lésion ancienne : un catarrhe qui n'a pas influé sur la santé générale, parfois quelques crachements de sang, évocateurs de tuberculose fibreuse paucibacillaire.

Granuliques, broncho-pneumoniques, ces poussées sont généralement très graves, bien que peu fébriles. Et la terminaison mortelle fréquente montre qu'un tissu fibreux ancien n'est pas toujours une garantie contre l'extension des lésions bacillaires et, « lors-

que le feu s'y met, brûle comme le bois séché des vieux chalets » (BURNAND).

FORME BRONCHITIQUE

Ce sont de vieux fousseurs, dont la santé générale est demeurée excellente, la température normale. Leur histoire, très banale, se résume au renouvellement hivernal des bronchites et à une expectoration très abondante.

L'examen montre le contraste classique des tuberculoses fibreuses :

— pauvreté des données stéthacoustiques, réduites à quelques sibilances, à quelques anomalies de percussion ;

— richesse des constatations radiologiques : grossés cavernes muettes, toujours intriquées de sclérose : rétraction de l'hémithorax, imbrication des côtes, travées, réseaux, quadrillages, faible mobilité des coupes diaphragmatiques, assombrissement des sommets.

Enfin, il est remarquable de constater que l'expectoration est souvent pauvre en bacilles.

L'évolution est généralement apyrétique, longue, bénigne.

Mais la latence de ces formes les rend très graves, du point de vue social. Elles s'incarnent dans le redoutable grand-père catarrheux, qui garde une santé excellente, mais dont les petits-enfants font des mé-

ningites de l'enfance, des pleurésies de l'adolescence, et souvent c'est à propos d'une ou plusieurs contaminations de l'entourage qu'on examine cette expectoration ancienne et d'aspect si banal.

FORME CARDIAQUE

Il peut arriver que le malade se présente tout à fait comme un cardiaque banal.

L'œdème cyanique, sensible à la pression, discret, des membres inférieurs, sollicite l'attention. On note un gros foie sensible, un pouls régulier mais très accéléré. L'auscultation révèle un bruit de galop, non pas à la pointe, mais à la droite du sternum, très bas, près de l'appendice xyphoïde. L'accentuation des ombres vasculaires, paravertébrales, la danse des hiles complètent le tableau d'une insuffisance ventriculaire droite.

Interrogé sur ses antécédents, le malade parle d'emphysème, de bronchite chronique. Cette longue histoire pneumopathique, les images de sclérose montrées par la radiologie, sont d'autres raisons de penser qu'il s'agit d'une insuffisance cardiaque chez un pulmonaire ancien.

De toutes les affections thoraciques, la tuberculose pulmonaire est, en principe, celle qui retentit le moins sur le cœur.

Il est remarquable de noter que dans aucune de ses formes chez l'adulte, le myocarde ne joue un rôle

comparable à celui du tube digestif, du psychisme.

La phthisie sénile, qui prend assez souvent un masque cardiopathique et s'accompagne fréquemment de dyssystolie, est la seule exception à cette règle.

FORME PLEURALE

La tuberculose pulmonaire du vieillard peut encore se dissimuler derrière une pleurésie, dont le début parfois aigu, bruyant, et comme à frigore, est plus souvent insidieux — dépourvu de S. F.Cls et de S.C.X.

Le jour où on découvrira, par la dyspnée, un épanchement abondant, c'est à l'insuffisance cardiaque qu'on pensera généralement d'abord. Il faudra envisager la possibilité d'une pleurésie cancéreuse. Mais, même à cet âge, une pleurésie primitive est presque toujours une pleurésie tuberculeuse. L'autopsie montrera toujours un foyer caséux dans le poumon.

PNEUMOTHORAX SPONTANÉ

Enfin, s'il est une forme qu'on ne s'attend guère à rencontrer chez le vieillard, c'est le pneumothorax spontané. En voici pourtant une observation relevée à la Clinique de la Tuberculose par le docteur BERNAL, chef de clinique, et que le professeur BEZANÇON nous a permis de publier ici.

OBSERVATION

S. V., âgé de 72 ans, concierge, entre dans le service, envoyé par le docteur POIX. Il se plaint seulement d'un peu de lassitude.

— Ni fièvre, ni amaigrissement.

— Ni point de côté, ni dyspnée, ni expectoration particulière.

— Aucun autre antécédent que de bronchite chronique banale et pauvrement expectorante.

— Aucune lésion de tuberculose chez sa femme, ses enfants ou dans son entourage.

C'est l'examen radioscopique qui révèle un pneumothorax latent généralisé.

Le poumon, extrêmement rétracté, est collé contre le médiastin. — Pressions : —4 ; —12.

Ce pneumothorax généralisé, cliniquement primitif, est laissé à lui-même. Il se résorbe spontanément presque complètement en 40 jours. Les clichés ne montrent pas d'images de lésions pulmonaires, ni l'inoscopie de bacilles de Koch.

Le malade sort de l'hôpital en parfaite santé.

*
**

Pareille observation est un exemple aussi frappant que telle pneumonie franche lobaire aiguë guérie des possibilités de résistance de l'allergie conservée par certains vieillards.

Tuberculose des cirrhotiques.

On sait la fréquence d'une évolution tuberculeuse dans l'anergie d'une cirrhose grave.

Contrairement aux autres phthisies séniles, il s'agit ici généralement de lésions ulcéreuses presque pures, sans clérozes, d'apparition insidieuse, d'évolution rapide, mortelle à bref délai et à bas bruit.

Tuberculose des syphilitiques.

C'est un sujet classique de discussion.

On insiste sur sa tendance fibreuse et hémoptisante. Ce caractère n'a rien de constant. Rappelons les poussées évolutives que peut déclencher un traitement antisypilitique, au cours d'une tuberculose inactive, peut-être par un effet biotropique comparable au mécanisme des ictères.

Tuberculose des diabétiques.

C'est la seule tuberculose de terrain vraiment importante. Tantôt on voit fléchir l'état général d'un vieux tousseur : une diabète grave vient d'apparaître, tantôt la diabète et la tuberculose semblent contemporains. Mais très souvent la tuberculose apparaît secondairement au cours d'un diabète dont elle est souvent la terminaison. MM. LABBÉ et Justin BEZANÇON ont tout particulièrement insisté sur le rôle des poussées tuberculeuses pour déclencher l'acido-cétose et le coma.

Ces auteurs ont insisté sur la nécessité d'associer en pareil cas l'insulino-thérapie et le pneumothorax également prohibés jadis chez les tuberculeux diabétiques.

Malgré cette association thérapeutique, le pronostic demeure aussi grave que les classiques l'ont fixé, et c'est à titre de curiosité que nous rappellerons telle observation de Marcel LABBÉ où un pneumothorax double était parfaitement efficace depuis plusieurs années.

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE SÉNILE

Passant en revue les formes cliniques de la Tuberculose sénile, on ne peut manquer d'être frappé des difficultés éventuelles du diagnostic.

Très nombreux sont les cas confondus avec la bronchite chronique, l'insuffisance cardiaque, l'emphysème.

L'examen clinique, montrant seulement des signes d'emphysème et de bronchite chronique, laisse place à beaucoup d'interprétations erronées.

La radiologie ne permet souvent pas d'affirmer plus qu'une sclérose pulmonaire.

L'examen bactériologique est au premier plan des épreuves affirmatives.

Tous les auteurs insistent sur la particulière difficulté de la mise en évidence du bacille chez le vieillard. Est-ce à dire qu'ils soient en moins grand nombre et ne se montrent qu'à « titre périodique » ? (Mongour in Labesse).

Non, mais le crachat proprement cavitairé est souvent dilué, noyé par un catarrhe sénile. Il suffit donc

de faire l'examen sur les parcelles les plus épaisses, les plus opaques, pour le trouver souvent positif. D'autre part, selon LABESSE, il serait très fréquent que *le vieillard avale ses crachats*, surtout dans les formes cachectisantes.

En tous cas, l'examen direct, l'enrichissement, l'homogénéisation seront complétées avec avantage par la culture des crachats.

De beaucoup le plus sensible, ce dernier procédé sur milieu de Petraghiani ou de Læwenstein, permet fréquemment d'affirmer la nature tuberculeuse d'une bronchite très banale.

A vrai dire certaines théories modernes sur les expectorations bacillifères laisseront place à la discussion de la nature tuberculeuse d'une pneumopathie, même après découverte de bacilles de Koch, qu'il ne faut évidemment pas confondre avec les autres bacilles acido et alcool résistants trouvés parfois, rarement d'ailleurs, dans les crachats.

Aussi bien dans un abcès ou un cancer du poulmon, au cours d'une bronchite, peut-être certains bacilles de Koch ne sont-ils que des germes de sortie. Mais ce sont-là des éventualités tout à fait rares, trop exceptionnelles pour peser beaucoup dans la discussion pratique d'un diagnostic.

Au besoin, on recourra à l'inoculation qui montrera par exemple l'origine d'une dissémination familiale en tuberculisant le cobaye avec l'expectoration d'un aïeul qui ne semblait pas bacillifère.

La cuti-réaction, l'intradermo-réaction, la séro-ag-

glutination d'Arlong et Courmont, l'albumino-réaction de Roger Levy-Valensi, la réaction de fixation pourront être pratiquées, mais leurs résultats ont plutôt un intérêt de pronostic que de dépistage.

IMPORTANCE SOCIALE DE LA PHTISIE SÉNILE

La latence, les masques trompeurs, la fréquence, la longue durée des tuberculoses des vieillards leur confèrent une redoutable contagiosité. Si les lésions des vieillards ont souvent une évolution lente, cela tient au terrain de réactions minimes, au mode de vie peu fatigant.

Mais l'étude des expectorations prouve la virulence des bacilles et met en évidence les risques de contamination, même dans les formes les plus froidement évolutives.

C'est dire combien certains sujets âgés seront dangereux, quand on sait l'extrême sensibilité à la tuberculose des très jeunes enfants.

« C'est la tuberculose pulmonaire stagnante de l'aïeul qui confère au petit-fils la méningite tuberculeuse », écrit Sergent. Andral, Peter, Jacond, Yandouzy et Combry ont rapporté de nombreux cas de tuberculose familiale essaimée par des vieillards ; Grunberg, à propos de travaux aujourd'hui un peu désuets sur l'hérédo-prédisposition relève 45,9 à 42,5 % de tuberculose des enfants, les parents étant sains et les grands-parents malades. C'est que le vieil-

l'ard valétudinaire, confiné au logis, peu suspect, répandant les crachats d'une bronchite jugée banale, sera la cause, plus facilement qu'aucun autre malade, de cet apport incessant de bacilles que l'enfant rencontre forcément sur sa route.

De toutes les contaminations, celle par la phtisie sénile dont on a méconnu l'extraordinaire fréquence est une des plus redoutables. Tous les médecins ont vu des vieillards porteurs de cavernes mener une longue vie, sans grands malaises, mais les membres de leur famille, frappés les uns après les autres et surtout les enfants, succombant en bas âge.

Il arrive même, quoique bien moins souvent, que les vieillards se contaminent entre eux — ainsi dans les hôpitaux et asiles.

De tout ceci résultent plusieurs règles prophylactiques :

Examiner systématiquement, à plusieurs reprises, les crachats des vieux touseurs, si banale semble leur bronchite ;

Pousser jusqu'aux aïeuls les enquêtes étiologiques au cas de contamination des enfants.

TRAITEMENT

A l'époque où l'on tenait la tuberculose sénile pour rare et constamment inactive, les problèmes thérapeutiques ne pouvaient retenir beaucoup l'intérêt.

Ce que nous savons aujourd'hui de sa fréquence et de son évolutivité menaçante, malgré son allure insidieuse, pose un problème nouveau auquel Bucquoy a consacré une très belle thèse :

L'Adaptation des traitements modernes de la tuberculose aux phtisies des vieillards.

Nous allons donc passer en revue les indications et les résultats de la collapsothérapie, de la chimiothérapie et de la cure sanatoriale, la cinquantaine passée.

La cure climatique :

La cure climatique demeure un élément essentiel du traitement de la tuberculose.

Les brillants résultats de la collapsothérapie ont peu à peu fait perdre de vue le pourcentage considérable d'améliorations et de guérisons obtenues par le

seul séjour sanatorial. Chez les sujets âgés, la collapsothérapie trouvant des contre-indications fréquentes, apparaît avec une remarquable évidence la valeur des facteurs climatiques et du repos. La première indication de la cure est donc faite des collapsothérapies impossibles ou contre-indiquées.

Mais à vrai dire, chez les sujets âgés, le repos absolu est indispensable dans tous les cas. Pour des hommes jeunes et résistantes, le pneumothorax ambulatoire, la phrénicectomie suivie d'une reprise de la vie normale peuvent donner de fort beaux résultats. Pourtant c'est une nécessité sociale qu'on n'accepte que dans les cas où il est impossible de faire autrement, et seulement chez des sujets robustes dont la résistance semble presque complètement conservée. Encore arrive-t-il souvent que le pneumothorax, même très satisfaisant au point de vue radiologique n'arrive pas à déclencher la crise d'amélioration, la transformation des signes fonctionnels et généraux si impatiemment attendus.

Et s'il en est ainsi chez des hommes jeunes, robustes, dans les tuberculoses récentes allergiques, comment supposer que les malades âgés supportent sans inconvénient leur collapsothérapie si on les laisse à leur vie normale.

D'où la deuxième indication de la cure sanatoriale : elle doit, dans tous les cas, accompagner la collapsothérapie.

Le deuxième problème qui se pose est celui de la station à choisir, et pas tout à fait dans les mêmes

conditions que pour les phtisies des adultes et des jeunes gens. On peut dire que le tuberculeux jeune supporte la plupart des climats, mis à part les inconvénients de la haute montagne pour les fibreux enclins aux hémoptysie et pour maintes jeunes femmes de système neurovégétatif instable.

Chez le tuberculeux âgé, il n'en est pas de même. Chaque cas doit être longtemps décidé.

Nombreux sont les fibreux qui ne supportent pas la grande attitude, les emphysémateux, les cardiaques pour lesquels la montagne aggrave les accidents.

Dans chaque cas, la décision sera longuement pesée. On tiendra compte du degré de fibrose, de la tendance hémorragique, de l'état du cœur, de la dyspnée.

L'examen du pouls et de la tension artérielle sera spécialement minutieux : la cinquantaine passée toute cardiomégalie, toute hypotension, toute tachycardie seront des raisons suffisantes pour garder le malade en plaine.

Le malade arrivé au sanatorium, on le surveillera de très près surtout les premiers jours.

Des troubles fonctionnels ou tachycardiaques apparus, en début de cure chez un jeune sujet montrent surtout l'inadaptation, l'orientation anormale du système neuro-végétatif. Ils sont souvent sans inconvénients, peuvent céder rapidement par l'adaptation au climat. Souvent des doses légères et continues de médicaments sympathico-mimériques ramènent tout dans l'ordre.

Chez un malade âgé, au contraire, le système végétatif a perdu, en général, à la fois sa souplesse d'adaptation et sa délicatesse réactionnelle.

Tout symptôme d'intolérance doit être tenu pour absolu, définitif et exige un départ d'urgence vers des climats plus faciles. Tout infléchissement tensionnel sera pris en considération.

L'action bienfaisante du froid chez les phthisiques jeunes ne se retrouve plus après le palier de la cinquantaine.

Beaucoup de ces malades ne supportent pas le froid et pour vouloir surmonter leur frilosité, on voit souvent les échanges respiratoires se ralentir, une chute de poids se produire, pour ne s'arrêter et se réparer qu'en un climat plus clément.

Interdite aux congestifs, aux frileux, aux cardiaques, aux rénaux, aux athéromateux, la grande montagne n'est jamais recommandable chez le vieillard. On lui préférera la moyenne attitude et, plus souvent encore, la plaine.

Ces cures améliorent beaucoup les formes scléreuses, hâtent et étendent la sclérose. Toutefois, dans les formes ulcéreuses, elles n'ont pas la même efficacité que chez les sujets jeunes.

Indispensables pour éviter des évolutions précipitées elles ne conduisent jamais à une guérison. On n'en espère qu'une stabilisation et un délai.

Aussi faut-il s'adresser, quand on le peut, à des thérapeutiques plus actives.

L'aurothérapie

L'aurothérapie, qui a tenu la première place dans le traitement de la tuberculose jusqu'à ces derniers mois, semble n'avoir plus même de détracteurs. L'époque des controverses sur ses risques et son efficacité semble déjà passée, après celle où tant de phtisio-logues voyaient dans les composés auriques une médication remarquable, la première après la collapsothérapie.

Ce n'est pas le lieu ici de discuter si l'aurothérapie mérite cet abandon complet après cet emploi excessif.

Nous rappellerons seulement quelques statistiques : celle de Bucquoy porte chez des sujets de plus de quarante ans; Bucquoy rappelle d'abord les contre-indications de l'or : toute atteinte rénale ou hépatique, si discrètes soient-elles;

Une élévation de l'urée sanguine, une anomalie dans l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine;

Une élévation de la constante d'Ambard, une urobilinurie, un subictère, un gros foie, la seule notion d'une imprégnation éthylique, un intestin fragile et à plus forte raison une entérocólite, une dysenterie, une entérite bacillaire.

Il insiste sur la gravité de toute intolérance aurique chez un sujet âgé, susceptible de compromettre définitivement l'état général.

Il préconise des doses très faibles :

A la première injection, deux centigrammes et une surveillance rigoureuse après pour apprécier la tolérance.

Ultérieurement une seule injection par semaine ; un passage lent, prudent, par paliers successifs d'une dose à l'autre, avec répétition de chaque quantité.

Jamais plus de deux grammes par série et de 0 gr. 15 par dose.

Une longue prolongation du traitement, à raison de trois ou quatre séries par année.

Dans ces conditions, il signale un pourcentage d'amélioration de 60 p. 100, au lieu de 81 p. 100 dans la statistique de MOLLARD.

MOLLARD insiste également sur le nombre des contre-indications mais rapporte de telles observations, notamment celle d'un homme de cinquante ans que la Sanocrysine « arracha véritablement à une cachexie menaçante. Il réserve la sanocrysine aux formes chroniques, surtout fibreuses, la juge inutile pour les formes aiguës.

JULIEN et WIGNIOLLE signalent d'excellents résultats avec des doses relativement élevées et prolongées et sous la condition d'une progression prudente, arrivent à injecter des quantités de sels d'or assez importantes.

De tout ceci on peut conclure qu'en la fréquente impossibilité de toute collapsothérapie, une aurothérapie, convenablement surveillée, préparée dans un cadre d'indications limitées, à doses progressives,

mais qui pourront devenir élevées, peut donner d'excellents résultats.

La plupart des auteurs signalent la fréquence des échecs immédiats et des résultats insuffisants ou nuls chez les sujets âgés.

Desmarests d'Hauteville, Burnand de Leysin indiquent un pourcentage nettement inférieur au pourcentage moyen chez leurs malades ayant dépassé quarante ans. Les auteurs étrangers, comme Watson, arrivent à la même conclusion.

S. Kindberg, dans un travail récent juge les résultats heureux rares dès que la quarantaine est dépassée. Naveau, dans une thèse inspirée par Rist, arrive aux statistiques suivantes :

Ayant 18 ans :

Amélioration ou guérison	49 %
Etat stationnaire	12 %
Aggravation	38 %

de 19 à 23 ans :

Amélioration ou guérison	52 %
Etat stationnaire	22 %
Aggravation	26 %

de 23 à 25 ans :

Amélioration ou guérison	51 %
Etat stationnaire	23 %
Aggravation	26 %

de 26 à 30 ans :

Amélioration ou guérison	42 %
Etat stationnaire	22 %
Aggravation	36 %

de 31 à 40 ans :

Amélioration ou guérison	50 %
Etat stationnaire	13 %
Aggravation	31 %

après 40 ans :

Amélioration	24 %
Etationnaires	14 %
Aggravés	62 %

Cette statistique, portant sur 535 malades est très démonstrative. Après 40 ans, un malade sur 4 à peine tire un bénéfice du pneumothorax et le pourcentage de guérison s'abaisse à 10 %.

BUCQUOY se montre plus pessimiste encore. Pourtant, depuis quelques années, à la clinique de la tuberculose, des pneumothorax ont été pratiqués chez des sujets, ayant passé, non plus la quarantaine, mais

la cinquantaine et quelques belles observations ont été obtenues.

Il faut pourtant retenir les faits suivants :

Il s'agit souvent de lésions fibreuses, bilatérales où le pneumothorax n'est pas indiqué;

Les indications seront posées avec beaucoup de prudence. On exigera en particulier la parfaite intégrité de l'autre côté;

Le décollement est souvent impossible, même lorsque rien ne le fait prévoir : lésions centrales, absence d'antécédents pleuraux;

Les brides sont fréquentes, empêchant un résultat satisfaisant, s'opposent à un collapsus total;

Les épanchements sont fréquents, de développement rapide, deviennent abondants, passent souvent à la purulence.

Même lorsqu'aucune complication ne surgit lorsque le décollement a un aspect radiologique satisfaisant, souvent aucune amélioration n'est obtenue, soit que le poumon partout décollé reste proche de la paroi, inerte, privé d'élasticité, incapable de réaction, soit que la compression devienne efficace et que le malade ne fasse pas les frais de la guérison.

Enfin Bucquoy insiste, avec juste raison, sur la nécessité de ne pas laisser reprendre leur activité à ces malades, d'exiger un repos total, de ne faire ces pneumothorax qu'en milieu sanatorial.

Compte tenu de toutes réserves, il demeure que le pneumothorax peut donner de très beaux résultats chez des sujets âgés, ainsi chez un homme de 70 ans

dans une observation que nous a signalée le Docteur POIX.

Mais il sera fait seulement chez les sujets robustes, dans les formes limitées, ulcéreuses, unilatérales.

Le bilatéral, le controlatéral ne seront jamais pratiqués.

Les insufflations seront très faibles: 150 cm³ pour la première, 100 à 200 pour les suivantes.

Par contre l'état des viscères est sans grande importance. Il faut noter tout particulièrement la tolérance des hypertendus et des cardiaques, cas particulier du faible retentissement de la pneumoséreuse sur le cœur.

LA CHIRURGIE PULMONAIRE

1) *La phrénicectomie.*

Elle a été rarement employée après la cinquantaine. Il ne semble pas qu'il faille étendre son emploi. On a beaucoup insisté sur l'absence d'incidents, la bénignité de cette intervention, la simplicité de ses suites. Et de fait tel sujet de 69 ans opéré par LECŒUR, sur le conseil de BURNAUD supporta admirablement l'intervention.

Pourtant les troubles cardiaques, digestifs sont fréquents et encore beaucoup plus chez le vieillard et les indications sont réduites au cas où vraiment l'intervention s'impose. On la fera chez des sujets ro-

bustes et surtout au cas de cavernes localisées très bien limitées. Le siège de ces cavernes a peut-être moins d'importance. Certains auteurs déclarent plus favorablement influencées par la section du phrénique les spéléomorphies apicales et d'autres les cavités de la base. Seule a de l'importance la notion d'un parenchyme normal autour d'une lésion limitée qui permettra une compression efficace de la lésion et une restriction modérée de l'hématose.

Les résultats satisfaisants ont, comme à d'autres âges, le mérite d'être rapides, brillants, le défaut d'être assez passagers dans la plupart des cas.

Au contraire du pneumothorax, tout trouble cardiaque est une contre-indication importante.

2) *La thoracoplastie.*

L'âge extrême ou cette intervention est habituellement tentée est de l'ordre de 45 ans et rien n'engage à reculer cette limite.

TRAITEMENT ADJUVANT

Enfin nous ajouterons un mot pour la diététique des tuberculeux âgés.

Ici, plus qu'en toute autre tuberculose, on doit éviter la néfaste suralimentation de jadis, ménager le foie, organe essentiel de l'allergie, observer les régimes que peut exiger l'état du rein, de l'intestin, une dyspepsie ancienne.

Le cœur mérite une mention spéciale. Les s. cardiaques sont fréquents au cours de la phthisie sénile, partie à cause de l'âge des malades, par simple coïncidence, partie à cause des déformations thoraciques de l'attraction médiastinale que détermine la sclérose si fréquente à cet âge, peut-être même par l'action des toxines bacillaires sur un myocarde plus sensible, fragilisé.

Il faudra guetter les s.-discrets d'une insuffisance qui affecte surtout le ventricule droit: cyanose, tachycardie, inflexissement tensionnel — sont souvent les seuls symptômes d'une atteinte dont l'évolution sera rapide et mortelle si on la laisse à elle-même, mais peut être retardée, améliorée par les tonicardiaques habituels.

CONCLUSIONS

1° La fréquence de la tuberculose sénile, méconnue par certains auteurs, ne saurait être discutée.

2° Les symptômes de cette variété de la phthisie peuvent être banaux. Toutefois certains aspects lui sont particuliers : forme bronchitique, forme cardiaque, forme latente, forme cachectisante.

3° L'évolution n'a pas la bénignité et la lenteur qu'il est classique de lui attribuer. C'est une tuberculose très grave. Les formes torpides du vieillard répondent en réalité à des tuberculoses anciennes dont la bénignité même a permis la survie.

4° Les conditions étiologiques sont souvent les mêmes que celles de l'adulte. Pourtant la crise physiologique de la cinquantaine, le diabète peuvent jouer un rôle dans son déterminisme.

5° Le traitement doit être prudent, la chirurgie pulmonaire prohibée. Strictement limités dans leurs

indications, l'or et surtout le pneumothorax peuvent donner parfois de beaux résultats.

Dans tous les cas, le repos absolu est indispensable. On préférera les sanatoriums de plaine à l'altitude.

6° L'importance sociale des phthisies séniles est grande, fréquente dans les milieux familiaux. On s'attachera à leur dépistage.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BREVDO. — Sur la question des résultats immédiats et éloignés du traitement de la tuberculose pulmonaire dans les Sanatoria. (*Marseille Méd.*, 15 juillet 1928.)
- BUCQUOY. — Traitement de la Tuberculose pulmonaire après 40 ans. (*Thèse*, Paris, 1931.)
- CHOTON. — Etat actuel du traitement de la Tuberculose pulmonaire par les méthodes chirurgicales, (*Progr. méd.*, 30 octobre 1929.)
- DUMAREST. — Indications de la collapsothérapie. (*Gaz. méd. de France*, 15 mai 1928.)
- JACQUELIN. — Enquête sur la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire. (*La Médecine*, juin 1926, n° 9).
- ODY. — Pneumothorax ou phrénicectomie. (*Revue Méd. de la Suisse Romande*, février 1928.)
- POIX. — Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Indications et Résultats. (*Presse Médicale*, 25 nov. 1927.)
- SERGENT. — Phtisie pulmonaire. Echec du pneumothorax et de la phrénicectomie. (*Journal des Praticiens*, 18 mai 1929.)

VAUCHER ET KAUFMAN. — Les indications respectives du pneumo. de la phréni. et de la thoraco. dans la tub. pulmon. (*Arch. franco-belges de Chirurgie*, janvier 1928.)

WOLFF. — La phrénicectomie, ses résultats. (*Annales de Médecine*.)

Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6°

